

Innspill til rus behandlings utvalget 9 juni 2026.

Fra Vadsø kommune, rus- og psykisk helseenheten

Helt overordnet bør fremtidens rusbehandling i større grad bygge på en helhetlig forståelse av rusavhengighet som en sammensatt helseutfordring, der psykiske, somatiske og sosiale forhold henger tett sammen. Behandlingstilbudet må derfor være integrert, tverrfaglig og individuelt tilpasset, fremfor fragmentert og standardisert.

Hvert enkelt menneske må sees individuelt, og brukermedvirkning må nå ha blitt en reell og selvsagt del av behandlingen fra første stund. Pasientene må få mulighet til å være med på å forme sin egen behandling og ta eierskap til prosessen. Dette skaper motivasjon, ansvarsfølelse og større sannsynlighet for at behandlingen oppleves meningsfull og relevant.

Ventetid og tilgjengelighet

Det er nødvendig å se nærmere på hvordan ventetiden inn til behandling kan reduseres. Mange mennesker søker hjelp i korte perioder hvor motivasjonen er til stede, og dagens system klarer ofte ikke å møte dem raskt nok. Når ventetiden blir for lang, øker risikoen for forverring, overdoser, psykiske kriser og at mennesker faller helt ut av hjelpeapparatet før behandlingen starter.

For å redusere ventetidene må det tenkes annerledes rundt både organisering, kapasitet og inntak.

Det bør blant annet vurderes:

- raskere vurderingssamtaler og enklere inntaksprosesser,
- lavterskel kartlegging uten lange henvisningsløp,
- mulighet for oppstart av behandling mens utredning fortsatt pågår,
- flere ambulante og oppsøkende team,
- økt bruk av digitale vurderingssamtaler for distriktene,

I dag brukes ofte mye tid på omfattende kartlegging og avklaringer før pasienten faktisk får behandling. For mange med alvorlig rusproblematikk kan dette oppleves som lite hensiktsmessig. Hjelp bør kunne starte tidligere, selv om ikke alle forhold er fullt kartlagt.

Det bør også etableres flere overgangstilbud og stabiliseringsplasser for personer som venter på behandling. Mange står i dag uten tilstrekkelig oppfølging mens de venter på plass i TSB. Denne perioden er ofte preget av høy risiko og stor ustabilitet.

I Finnmark i dag virker det som at flere behandlingssteder egentlig har plass til å ta imot pasienter ganske fort. Når jeg snakker med for eksempel Finnmarkskollektivet eller Fossum kollektivet har de stort sett alltid ledig plasser. Men jeg opplever at det er selve prosessen etter at søknaden er behandlet i inntaksteamet til de får oppstart av behandling som er lang. Det virker på meg som at inntaksteamene ikke tildeler plass etter hvilket behandlingssted som er best egnet for søkeren, har fortest ledig plass eller er spesifisert ønsket behandlingsted i søknaden. Selv om disse behandlingstedene har avtaler med

helse Nord foretakene tildeles søkere plass i TSB inne på sykehusene for eksempel restart på UNN, hvor det alltid er lang ventetid. Her kunne man etter min mening tilbudt raskere oppstart av behandling ved å bruke de andre private aktørene som har avtaler med helse Nord foretaket. Min påstand er også at de private aktørene som for eksempel Kirkens by misjon eller typiske kollektiv ofte har bedre innhold i behandlingen som for eksempel turer, utvidet miljøterapi, muligheter for bo trening og mer aktivitetsrettet behandling enn TSB på sykehusene. Dette er noe spesielt unge i behandling har godt av, og bør derfor vurderes bedre av inntaksteam/tildelingstjenestene. Og dette området er et stort forbedringspotensial for sykehus TSB ene. Selv om disse ofte har sine styrker med god kompetanse og større mengder med spesialister tror jeg innholdet i hverdagen for de i rusbehandling er viktig. Jeg tror få profiterer på bare samtale terapi i seg selv, men heller større fokus på aktiviteter, daglige gjøremål, og et godt planlagt ettervern.

En annen utfordring er fordelingen eller kriteriene av TSB og psykisk helsevern. Mange pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser blir sendt frem og tilbake mellom tjenester fordi de vurderes som «for syke» for én tjeneste og «for ruspreget» for en annen. Dette skaper unødvendige forsinkelser og fører til at mennesker faller mellom to stoler. De får avslag i TSB fordi de anses å være for syk grunnet for eksempel psykose lidelse. Likevel blir ofte ikke avslaget eller den opprinnelige henvisningen sendt videre til PHV-psykisk helsevern. Den sendes i retur til opprinnelige henviser, og må så sendes videre til PHV-som ofte avslår den på grunn av for mye rus. Dermed blir pasient en kasteball i systemet, med lang behandlingstid på søknaden, avslag og usikkerhet om hvor de skal behandles. Og det er jo ingen tvil om at rusbehandlingen i PHV ikke kan sammenlignes med TSB. I fremtiden må disse forskjellene viskes ut, også pasienter i PHV har rett på god rusbehandling. Og det bør også legges mer vekt på at de som henviser disse pasientene ofte kjenner de veldig godt og tar høyde for at de kan nyttiggjøre seg rusbehandling i ordinær TSB. Det bør derfor utvikles flere integrerte behandlingstilbud hvor psykisk helse og rus behandles samtidig, fremfor separat.

Samtidig må kommunene involveres tidligere i behandlingsforløpet. Dersom kommunale tjenester kobles på allerede under ventetiden, kan relasjonsarbeid, kartlegging, motivasjonsarbeid og praktisk støtte starte før innleggelse. Dette kan både redusere frafall og gjøre selve behandlingen mer målrettet når den starter.

For distriktskommuner som i Finnmark må det også tas høyde for geografiske forhold. Lange avstander, få behandlingssteder og begrenset tilgang på spesialisthelsetjenester gjør at digitale løsninger, ambulante team og lokale samarbeidsmodeller blir særlig viktige for å sikre rask tilgang til hjelp.

LAR – behov for rehabilitering, ikke bare medisnutlevering

Samarbeidet mellom LAR og kommunen er godt når det brukes. Men min påstand er at samarbeidet i stor grad omhandler medisiner, og lite utenom.

I Finnmark oppleves LAR-tilbudet i stor grad å fungere best for pasienter i Alta og Vest-Finnmark. I Øst-Finnmark er avstandene enorme – opptil 440 kilometer til nærmeste LAR behandler – og mange pasienter møter aldri behandlerne sine fysisk. Oppfølgingen skjer hovedsakelig digitalt, noe som kan være positivt og enkelt når det gjelder samtaler om medisiner og medisin utdeling.

Men hvor blir det av rehabiliteringen?

LAR må handle om mer enn medisiner alene. Pasientene trenger hjelp til å bygge liv, relasjoner, struktur, aktivitet, mestring og tilhørighet. Dette kan kommunene bidra med inn i behandlingen. I dag blir kommunene ofte koblet på først når det gjelder praktisk medisinutlevering, og ikke som en aktiv del av behandlingen.

Kommunale rus- og psykiske helsetjenester bør kobles på allerede ved oppstart i LAR. Dette vil gjøre det mulig å bygge relasjon tidlig, kartlegge behov og starte rehabiliteringsarbeidet parallelt med medikamentell behandling.

Slik kan kommunen bidra aktivt med:

- boligoppfølging,
- økonomisk rådgivning,
- aktivitet og arbeid,
- nettverksbygging,
- psykisk helseoppfølging,
- koordinering av alle disse ulike tilbudene, hvorpå holde tråden i ansvarsgruppe møter, IP, behandlingsplaner eller andre planer,
- og støtte i hverdagsmestring.

Her mener jeg kommunale rus- og psykiske helsetjenester burde involveres langt tidligere i behandlingsforløpet. Dersom kommunen ble inkludert som en del av behandlingen fra starten av, kunne oppfølgingen blitt mer helhetlig, og overgangen til rehabilitering og ettervern langt bedre.

Ettervern – den viktigste fasen får for lite oppmerksomhet

Ettervern er etter min erfaring et av de største forbedringsområdene innen rusbehandling i dag.

Det er svært lite systematisk samhandling mellom TSB og kommunale tjenester ved utskrivelse. På de seks årene jeg har jobbet i kommunen, har jeg kun opplevd tre tilfeller hvor kommunen faktisk ble koblet på under innleggelsen for å planlegge ettervern og videre oppfølging. Dette gjør også at mange ikke ønsker kommunal oppfølging, siden de ikke vet hva det innebærer eller hva de kan få av hjelp takker de nei.

Dette må endres.

Kommunale rus- og psykiske helsetjenester bør kobles på tidlig under innleggelse, slik at man kan bygge relasjon, bli kjent med pasienten og delta i behandlingsprosessen allerede før utskrivelse. Overgangen fra behandling til hverdagsliv må bli sømløs.

Et menneske som skrives ut fra behandling skal ikke måtte starte helt på nytt med nye behandlere og nye relasjoner. Oppfølgingen bør være en kontinuerlig prosess der fokuset etter hvert flyttes fra behandling alene til innhold i hverdagen, mestring, bolig, økonomi, aktivitet, nettverk og mening.

Marcus Johnsen, leder for Ettervernkonferansen, beskriver dette svært godt når han skriver:

«Inne i behandlingen er du omgitt av struktur. Det er folk rundt deg, faste rammer, oppfølging og en hverdag som i stor grad er tilrettelagt. Når du kommer ut, forsvinner mye av dette på en gang.

Plutselig er det opp til deg selv å fylle dagene. Struktur, relasjoner og retning må skapes på nytt, ofte uten den samme støtten du hadde i behandlingen.

Å holde seg rusfri er én del av det. Å bygge et liv som gjør det mulig å fortsette å være det, er noe annet.»

Dette beskriver kjernen i hvorfor ettervern må styrkes betydelig i fremtidens rusbehandling.

Også sekvensielle behandlingsforløp må kunne tilbys på alle behandlingsteder slik at brukere får en gradvis tilnærming til hverdagen og sitt nærområde og man kan ha lav terskel for å komme tilbake på behandlingstedet om ting blir vanskelig.

Alt dette viser at det åpenbart er behov for tydeligere og mer **hensiktsmessig oppgave- og funksjonsdeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.**

I dag brukes mye tid og ressurser på å avklare ansvar, samtidig som pasientene opplever å bli sendt mellom ulike instanser. Fremtidens tjenester må i større grad bygges rundt pasientens behov, ikke rundt organisatoriske grenser.

Det bør utvikles tydeligere samarbeidsmodeller med:

- faste samarbeidsmøter,
- felles behandlingsplaner,
- tydelige kontaktpersoner,
- og bedre informasjonsflyt mellom nivåene.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester, fastlege og øvrige hjelpeinstanser fremstår noen ganger som mangelfullt og lite systematisert.

Ansvarsfordelingen kan oppleves uklar, og for brukere kan det oppleves at oppfølgingen blir fragmentert, særlig i overgangene mellom ulike nivåer i tjenestene.

Det bør derfor innføres tydeligere krav til forpliktende samhandling mellom nivåene. Jeg er i min jobb ofte overasket over hvor lite strukturert samarbeidet er fra starten av og ofte blir det person avhengig- dvs at det blir opp til den enkelte behandler eller terapeut hvordan de jobber på i forhold til samhandling, hva de er vant med og hvem de kjenner. Det er ingen eller lite overordnet struktur eller føringer fra ledernivå som er forankret nedover i rutinene for samhandling.

Videre bør det utvikles nasjonale standarder for overgangsfasene i behandlingen, særlig ved utskrivelse, soning, innleggelse i somatikk eller psykisk helsevern, samt ved flytting mellom kommuner og helseforetak. Mange pasienter opplever i dag brudd i behandling eller redusert oppfølging i slike overganger. Spesielt for de som sitter i fengsel synes jeg

overgang til løslatelse er mangelfull, og dette er et viktig område hvor de bør følges ekstra opp. Jeg har erfart flere ganger at noen har startet med rusbehandling i fengslet, men det stopper når de kommer ut. Alle burde være sikret avtaler rett etter løslatelse, og den kommunale rus og psykiske helsetjenesten burde vært koplet på lenge før løslatelse slik at det er lagt planer sammen med brukeren.

Det er også behov for bedre digitale samarbeidsløsninger og informasjonsdeling mellom tjenestene. Manglende tilgang til oppdatert informasjon fører ofte til dobbeltarbeid, misforståelser og svikt i oppfølgingen. Samtidig må dette gjennomføres på en måte som ivaretar pasientens personvern og medvirkning. I dag har jeg tilgang til 3 forskjellige journalsystem. Jeg bruker INFODOC for å dokumentere injeksjoner og det somatiske på enkelte pasienter sammen helsesenter, kommunen bruker PROFIL og der er det hjemmesykepleie/saksbehandler og rus og psykisk helsetjenesten kan dokumentere i også er det DIPS Arena som jeg bruker til å dokumentere i for de pasienter som er i FACT. Ingen av disse journalsystemene snakker sammen foruten om PLO/EDI meldinger, og heller ikke de øvrige ansatte i min tjeneste har alle disse ulike tilgangene. Tenk om man kunne fått til løsninger som gjorde at ulike tjenester kunne samhandlet sammen. Dette ser man helt klart fordelen i FACT, der både kommunen og spesialist helsetjenesten bruker DIPS Arena.

Et mer helhetlig og forpliktende samarbeid på tvers av nivåer vil kunne bidra til større stabilitet, færre behandlingsbrudd og bedre rehabiliteringsforløp

Rusbehandling må organiseres mer på tvers av tjenester og nivåer. Mange pasienter trenger samtidig oppfølging knyttet til:

- psykisk helse,
- somatisk helse,
- bolig,
- økonomi,
- arbeid eller aktivitet,
- nettverk og sosial fungering.

Dette krever team og tjenester som arbeider integrert rundt pasienten, fremfor at pasienten selv må koordinere hjelpen.

Økonomi og nasjonale prioriteringer

Kommunene har i dag ikke økonomi til å bygge opp gode og helhetlige rustjenester alene. Dersom ansvaret i for stor grad overlates til den enkelte kommune, vil forskjellene i tilbud mellom kommuner bli enda større enn de allerede er.

Det må derfor komme tydelige statlige satsinger, øremerkede midler og nasjonale føringer som sikrer likeverdige tjenester uavhengig av hvor i landet man bor.

Dette gjelder særlig distriktskommuner og områder med store geografiske avstander, slik som Finnmark.

FACT og integrerte teammodeller

Det bør satses mer på integrerte teammodeller som FACT og D-FACT, hvor kommune og spesialisthelsetjeneste arbeider tett sammen rundt pasienten.

Disse modellene gir større kontinuitet, bedre relasjonsbygging og mer helhetlig oppfølging. Samtidig reduserer de risikoen for at mennesker faller mellom tjenestene.

Innen rusfeltet er det behov for å videreutvikle slike modeller spesielt rettet mot personer med alvorlig rusavhengighet og samtidige psykiske lidelser.

Avslutning

Fremtidens rusbehandling må bygge på helhet, relasjon, kontinuitet og samarbeid.

Behandling alene er ikke nok dersom mennesker skrives ut til ensomhet, manglende struktur og fravær av oppfølging. Vi må i større grad bygge tjenester som hjelper mennesker med å skape stabile, meningsfulle og trygge liv over tid.

For å lykkes må kommune og spesialisthelsetjeneste arbeide sammen som ett lag rundt pasienten – ikke som separate systemer med ulike ansvarsområder.
